COMISIÓN DE CONSTITUCIÓN Y LEGISLACIÓN

(Sesión celebrada el día 2 de octubre de 2018).

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, queda abierta la sesión.

(Son las 15:04).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes).

«Carpeta n.º 1145/2018. Fondo de Peritaje. Creación. Proyecto de ley con exposición de motivos presentado por el senador Pablo Mieres. (Distribuido n.º 2080/2018).

Carpeta n.º 1173/2018. Estatuto del Funcionario del Instituto Uruguayo de Meteorología. Aprobación. Mensaje y proyecto de ley del Poder Ejecutivo. (Distribuido n.º 2120/2018).

Carpeta n.º 1184/2018. Contratos del Estado. Se modifica el artículo 487 de la Ley n.º 15903, de 10 de noviembre de 1987. Artículo desglosado de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal. Ejercicio 2017. (Distribuido n.º 2122/2018).

Carpeta n.º 1183/2018. Código Civil. Se modifica el artículo 1112, referente al alcance de la acción de reducción de donaciones inoficiosas. Proyecto de ley con exposición de motivos presentado por el señor senador Aldo Lamorte. (Distribuido en elaboración).

Carpeta n.º 712/2016. Faltas, Conservación y Cuidados de los Espacios Públicos. Modificación de la Ley n.º 19120, de 20 de agosto de 2013. Proyecto de ley aprobado en nueva forma por la Cámara de Representantes. (Distribuido n.º 2119/2018).

Nota de la Presidencia de la Cámara de Representantes adjuntando una fe de erratas referida a la Carpeta n.º 712/2016.

Solicitud de audiencia de la agrupación de trabajadores de la meteorología nacional (ATMN) a fin de brindar opinión sobre el proyecto de ley de creación del Estatuto de Inumet.

Nota de la Federación de Prestadores Médicos del Interior (Fepremi) excusándose por no poder comparecer en el día de hoy a la Comisión y adjuntando informe relacionado con el proyecto de ley por el que se modifica el artículo 487 de la Ley n.º 15903, de 10 de noviembre de 1987 (artículo desglosado del proyecto de ley de la Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal Ejercicio 2017)».

–Vamos a ceder el uso de la palabra a la secretaría para aclarar el tema de la fe de erratas referida a la Carpeta n.º 712/2016 que figura en los asuntos entrados.

SEÑORA SECRETARIA.- La Cámara de Representantes aprobó en nueva forma la Carpeta 712/2016, con modificaciones en el texto que había aprobado la Cámara de Senadores y agregando un artículo 3.º.

Ese artículo 3.º modifica el artículo 25 del Código del Proceso Penal, pero introduce el numeral 25.2 y no realizan la modificación de la referencia interna. El numeral 25.5 anterior que tiene que ver con la regla dispuesta en el numeral 25.4 pasó a ser inciso 25.6, por lo cual la referencia

debería hacerse al 25.5. La Cámara de Representantes envía esta corrección con la fe de erratas que hoy se dio entrada en el plenario y que ya fue repartida.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si estamos de acuerdo le damos entrada y lo tratamos el próximo martes.

(Apoyados).

(Ingresan a sala los representantes del Ministerio de Salud Pública).

–La Comisión de Constitución y Legislación del Senado da la bienvenida a la delegación del Ministerio de Salud Pública integrada por el ministro, doctor Jorge Basso; el subsecretario, doctor Jorge Quian; el director general de Secretaría, señor Humberto Ruocco; el asesor, licenciado Aníbal Suárez; la asesora legal, doctora Sandra Doldán; el asesor legal, doctor Rodrigo Díaz y la directora del Departamento de Comunicaciones, señora Natalia Nogues.

Estamos estudiando una disposición que fue desglosada de la rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal que votó el Senado la semana pasada, que se refiere a una posible modificación del artículo 46 del Tocaf y que forma parte de la carpeta a la que dimos entrada en el día de hoy.

SEÑOR MINISTRO.- Buenas tardes; es un gusto para nosotros asistir a esta comisión. En realidad, el tema que nos convoca, a los efectos del funcionamiento del sector de la salud y especialmente en el marco de la reforma sanitaria, adquiere una importancia relevante porque, como saben los señores senadores, la conformación y gobernanza del Sistema Nacional Integrado de Salud tiene una situación particularísima en nuestro país. Me refiero a la cantidad importante de proveedores que existe: hay cuarenta y tres prestadores de atención integral para 3:500.000 de habitantes. Seguramente no van a encontrar en el mundo un escenario con un sistema que tenga tantos actores y cuyo objetivo y responsabilidad sea ofrecer a todos los habitantes del territorio, estén donde estén y se encuentren vinculados tanto al prestador público –ASSE– como a uno de los cuarenta y dos privados, un conjunto obligatorio de prestaciones. Justamente, la lógica de la eficiencia del sistema está en que evitemos de alguna manera que cada uno de los cuarenta y tres prestadores quiera tener absolutamente todo lo necesario para atender a sus usuarios cuando, en realidad, es más que razonable que en el territorio existan convenios de complementación que permitan racionalizar los recursos existentes, eviten la superposición tan característica en algunas zonas del país –en particular la metropolitana– y logren que, además, haya una conformación que apunte a que el sistema no sea la sumatoria de prestadores sino que justamente tenga que ver con un escenario que promueva una competencia razonable y una complementación necesaria.

Existe una tensión entre competencia y complementación que se debe administrar de la mejor manera. Es parte de la complejidad de gobernar un sistema, pero pretendemos que lo que todos pagamos y finalmente se traduce en los costos del sector salud, tenga la mejor utilización posible en cuanto a la racionalización de los recursos. No siempre en todo el territorio nacional tiene la misma expresión; todos sabemos que no es lo mismo el sur que el norte del Río Negro, la zona metropolitana que fuera de ella, por lo que necesariamente tenemos que ir a un escenario de acuerdos, convenios y complementaciones entre prestadores con las reglas lo más claras posible. De ahí parte la necesidad de ver cómo estimulamos los convenios de complementación y cómo generamos las mejores condiciones para que prime el uso racional de los recursos.

En esa lógica de competencia a la que hacíamos referencia –en la que todos quieren tener absolutamente todo–, contamos con un escenario de una fuerte cultura de cada uno de los prestadores A su vez, existe la necesidad de buscar el uso racional de los recursos por parte de quien debe tomar decisiones.

Cabe señalar que hace poco los señores legisladores aprobaron la Ley de urgencia y emergencia que por primera vez estableció precios en el intercambio de servicios ya que hasta el momento los aranceles, dentro de los mismos prestadores, tenían variantes en función del territorio. Dependiendo del lugar en el territorio donde se generara el intercambio de servicios, la propia ASSE y Fepremi –por citar ejemplos por todos conocidos–, tenían aranceles distintos. Se trata de una vieja

historia y seguramente existan explicaciones de mercado como, por ejemplo, que haya un único proveedor, pero a los efectos de favorecer la complementación parece más que razonable –y sobre todo en el caso de urgencia y emergencia– fijar los mismos costos para todo el sistema.

En la actualidad tenemos en funcionamiento la Ley de urgencia y emergencia que ya tiene algunos meses de funcionamiento. Existe un intercambio, hay una cuenta corriente y todo el mundo sabe cuáles son los costos que debe asumir. La idea es avanzar progresivamente en ese escenario en función de las necesidades de promover o –mejor dicho– eliminar barreras que desestimulen la necesaria complementación para el uso racional de los recursos. En ese contexto surgen circunstancias vinculadas al marco normativo que le impone particularmente al sector público algunas restricciones razonables en torno a eventuales conflictos de intereses que puede haber entre actores y proveedores. Dadas las características de nuestro país el recurso humano y particularmente los médicos y especialistas trabajan en más de una institución –en el interior es muy frecuente– y puede circunstancialmente generarse cierto tipo de escenarios –algunos de los cuales han estado últimamente en discusión–, que requieren que este tema quede claro.

El artículo 46 del Tocaf establece algunas precisiones, pero en el correr del tiempo su interpretación ha tenido distintas variantes que no generan las mejores condiciones para que las reglas de juego establezcan con total precisión cuáles son las inhibiciones o las situaciones que hay que preservar en torno a los conflictos de intereses o al intercambio de proveedores. Hay instituciones en las que se intercambian servicios; los médicos o especialistas están en más de una institución y surge un escenario que hay que tratar de clarificar con un marco legal que libre de interpretaciones en función de determinadas coyunturas, circunstancias o composiciones de los organismos que toman decisiones.

A la sesión de hoy concurrimos acompañados por los representantes del área jurídica porque estuvimos analizando distintas propuestas, particularmente la que ha estado en análisis en la rendición de cuentas. Deseamos que nuestros asesores jurídicos comenten a los señores senadores cuáles son a nuestro juicio los temas que nos interesaría que estén expresados en el texto.

Me gustaría que profundizara sobre el tema la doctora Sandra Doldán.

SEÑORA DOLDÁN.- Tomando en cuenta el proyecto que la comisión tiene a estudio y, a su vez, lo último presentado por Frepemi, las consideraciones que queríamos realizar son que, en el proyecto que los señores senadores están analizando se establece una excepción respecto de ASSE –que está enmarcada en ciertas categorías– que refiere a que existe un vínculo de dirección o de dependencia del funcionario público, en este caso, que trabajaría en ASSE, respecto de la institución de salud que le brindaría el servicio a ASSE. Esas son las dos categorías que se estarían estableciendo dentro de la excepción. Entonces, si se dan esas dos categorías, es decir, que la empresa que brinda servicios de salud oferente en ASSE tiene dentro de su personal dependiente o en su órgano de dirección a una persona que, a su vez, cumple función como funcionario público en ASSE, en ese caso, igual se puede dar lugar a la oferta, siempre y cuando esa persona no tenga poder de decisión en esa contratación de la empresa prestadora de servicios de salud. Lo que nosotros advertimos, en su caso, es que era conveniente mantener la redacción del artículo 46 que sigue vigente para el régimen general. Advertimos que, en realidad, la excepción refiere a la persona que cumple la función de funcionario público y a su vez está trabajando como dependiente en la empresa oferente de servicios de salud; de todas maneras, se puede contratar a esa empresa si se reúnen esas dos condiciones que también están previstas acá, con una pequeña diferencia: no se trata de que esa persona no participe en el proceso de decisión, sino que no debe participar del proceso de adquisición. Entonces, que esto se establezca en este artículo tiene doble importancia. En primer lugar, esta redacción es más restrictiva y, por ende, si mantenemos el resto, es decir, el vínculo de relación o dependencia con la condición de que esa persona no participe en el proceso de adquisición o no tenga conflicto de intereses, estaríamos respetando la redacción actual, la vigente, del artículo 46, que es una excepción que se aplica para contrataciones con el Estado en general. Es decir que actualmente lo que se analiza de la persona dependiente de la empresa oferente, es que no participe de todo el proceso de adquisición y que, a su vez, no tenga conflicto de intereses. Eso sí sigue vigente.

Por esas razones entendemos importante hacer un espejo con esta normativa que se propone para que se mantenga la condición de respetar el artículo que sigue vigente para el resto de las contrataciones generales. Esto nos parece bien importante: alinear la redacción al actualmente vigente como excepción para el resto de las contrataciones estatales. Esta es la primera puntualización que, repito, tiene como condicionante, no que no tenga poder de decisión, sino que no participe del proceso de adquisición y que no tenga conflicto de intereses.

A su vez, esta redacción permite englobar dentro de la previsión otras situaciones no solo para quien contrata, sino que también se debe analizar a la persona dependiente del prestador de salud que quiere contratar con ASSE, desde el aspecto del ente contratante, es decir, de ASSE. Se debe analizar si está participando, por ejemplo, de la comisión asesora de adjudicaciones que, en definitiva, también tiene una influencia en la decisión final –aunque no sea quien la adopte– o realice una asesoría técnica. Por eso entendemos que la primera propuesta tiene que ver con ser un poco más amplios en la hipótesis de prohibición, que sería modificar ese poder de decisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Tienen algún texto para dejarnos?

SEÑORA DOLDÁN.- Sí, ya se lo alcanzamos a la secretaría de la comisión.

SEÑOR MICHELINI.- Con el texto que nos están dejando, ¿existe la tranquilidad de que con un proceso más rápido tendremos transparencia y no habrá conflictos de intereses? ¿O quizás el texto es más amplio y puede quedar alguna situación? Esa es la dificultad que tenemos.

SEÑORA DOLDÁN.- Con esta propuesta estamos siendo más restrictivos y, justamente, buscamos incorporar otras situaciones, porque estamos viendo todo el proceso de adquisición y no solo la toma de decisiones en la contratación. Entonces, esta propuesta se puede entender que es más garantista y, a su vez, sigue aplicando el Decreto 30 del año 2003, que habla de normas de conducta de la función pública y donde cada funcionario, a su vez, tiene la obligación de declarar las implicancias. Me refiero a las eventuales vinculaciones que la persona tenga con empresas relacionadas con la contratación que realiza la entidad donde trabaja. Todo el mecanismo normativo que otorga garantías de transparencia sigue vigente y también la obligación funcional a través de la declaración de implicancia haciendo saber al jerarca de la situación.

Con respecto a la otra modificación –dentro de las categorías que hablábamos– advertimos que las dos categorías que se están exceptuando del régimen de la prohibición de contratación son aquellas personas que reúnen la calidad de funcionario público en ASSE pero que, a su vez, tienen una vinculación con el prestador del servicio de salud. En este caso, las 2 categorías que se prevén son: que la vinculación sea por razones de dependencia con esa empresa privada o por razones de dirección, que integre el órgano de dirección. Esas son las 2 categorías que estarían comprendidas aquí para exceptuar si se da la segunda condición que en el caso de esta redacción es que no tenga poder de decisión en ASSE; nosotros les explicamos que era importante extender esto a todo el proceso de adquisición.

Ahora bien, lo que queremos señalar es que dentro de este marco de ámbito subjetivo de aplicación de la excepción entendemos que hay una categoría que está quedando afuera, que es imprescindible incorporar para poder solucionar la problemática, justamente, de la celebración de convenios de complementación de servicios porque, de lo contrario, los privados también quedarían en una situación de ventaja con respecto a los públicos y, a su vez, los prestadores no podrían brindarle servicios. Muchos de esos prestadores no podrían venderle servicios a ASSE por lo que vamos a mencionar ahora. Para poder exceptuar de la prohibición de contratación, el funcionario público debe ser dependiente de la empresa que va brindar el servicio de salud o integrar el órgano de dirección. Lo que nosotros queríamos proponer, vinculado con el material que ustedes tenían, es que se debería agregar otra categoría, y es que sea integrante de la persona jurídica oferente que va a brindar el servicio. ¿Qué quiere decir eso? No solo estaríamos comprendiendo al trabajador dependiente de la empresa que brinda el servicio y a quien integra el órgano de dirección de la persona prestadora del servicio, sino a quien integre sus órganos. Un ejemplo puede ser el socio profesional de las instituciones de asistencia médica colectiva privada profesional. Justamente, es muy común en este tipo de instituciones que los socios sean profesionales, por ejemplo, en las IAMC. Entonces, de esta manera, lo que logramos contemplar es la situación de los médicos que a su vez reúnen la condición de socios pero, en definitiva, ni siquiera integran el órgano de dirección y pueden no tomar decisiones respecto del prestador que le ofrece el servicio a ASSE, para que eso no sea un obstáculo a la hora de contratar a la empresa oferente.

Además de estas dos categorías de excepción para habilitar la contratación, es decir, que el funcionario público sea dependiente del prestador del servicio o integre el órgano de dirección, sería bueno que también se incorpore la posibilidad de que este funcionario público sea socio o cooperativista e integre la institución que ofrece el servicio de salud, como excepción para habilitar la contratación.

SEÑOR MICHELINI.- Quiero plantear dos inquietudes. La primera tiene que ver con la última frase que dice que deberá dejarse constancia expresa. ¿De qué se debe dejar constancia expresa? ¿De que integra la dirección? ¿De que se está en situación de dependencia, que integra la persona jurídica oferente y, además, de que no hay una situación de conflicto de intereses? Me parece que esto debería estar, al menos, en la reglamentación del Poder Ejecutivo. Entiendo que no es algo para incluir en la ley, pero me parece que debe quedar constancia expresa de esto.

Por otro lado, pregunto qué ocurriría con los procesos de servicios y de complementación a nivel de la salud, en el caso de que no votemos esto.

SEÑOR MINISTRO.- Seguramente se van a dar instancias con los referentes de prestadores –aunque me comunicaban que Fepremi no va a poder concurrir– pero nosotros, que en la dinámica permanente estamos en contacto con las instituciones del interior o con los integrantes del Directorio de ASSE –que también son los que habitualmente celebran convenios–, vemos que estamos ante un escenario en el que ambas partes enfrentan grandes dificultades. Por lo tanto, queremos estar tranquilos en el sentido de que con el correr del tiempo no se vayan a generar inconvenientes, porque en las instituciones hay dudas respecto de hasta dónde pueden seguir desarrollando convenios de complementación. Ese es un fenómeno muy dramático porque para lograr la mayor eficiencia del gasto en salud queremos promover este tipo de convenios.

También quiero mencionar algo que sucede todos los días: hay instituciones que quieren comprar equipos imagenológicos como resonadores y tomógrafos de alto porte y con un costo muy alto. Sin embargo, parece razonable que si en una localidad o departamento ya hay una institución que tiene este equipamiento, por el volumen de usuarios de los prestadores, no se justifique una inversión de un segundo equipo de estas características. Digo esto no solo porque estamos hablando de una suma importante de dinero sino porque, además, muchas veces hay dificultades para tener los recursos humanos que puedan operarlos y porque los equipos tienen que tener un volumen de trabajo diario que justifique y amortigüe el gasto de la institución. Estos son aspectos de funcionamiento que debería considerar cualquier empresa de estas características. Por lo tanto, muchas veces decimos a las instituciones que no se justifica la adquisición de un determinado equipamiento porque está disponible en un lugar muy próximo y, además, está subutilizado. En consecuencia, lo razonable es hacer un convenio de complementación e intercambiar servicios. Esto sucede todos los días, nos pasa con todos los equipos y lo que se intenta es racionalizar el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Para nosotros es importante que quede claro hasta dónde llegan las incompatibilidades para el intercambio de servicios. Los legisladores del interior saben perfectamente que muchas veces una institución tiene un equipo que no utiliza durante todo el horario posible cuando hay usuarios de otro prestador que tienen que hacer largos traslados, lo que les genera costos adicionales. Eventualmente, el Estado se hace cargo de financiar un segundo equipo cuando en realidad, desde el punto de vista sanitario eso no es razonable.

Entonces, avanzar en esto es clave, porque el concepto del sistema no apunta a la sumatoria de prestadores, sino a que el sistema funcione como tal y que el resultado sea superior en términos de eficacia y eficiencia independientemente de cada uno de los prestadores. Hay muchísimos prestadores, por lo tanto, si quisieran tener absolutamente todos los equipos, el despilfarro sería fenomenal, porque no se justificarían y los equipos estarían subutilizados. Entonces los convenios de complementación para el intercambio de prestaciones son claves para poder mejorar la calidad del gasto y abordar otros temas pendientes y para los que necesitaremos recursos. En suma, es fundamental administrar bien los recursos actualmente existentes.

SEÑORA PAYSSÉ.- Pregunto si esta modificación salvaría algunas situaciones que se pudieran dar en algún departamento donde los prestadores privados contratan servicios privados en otros departamentos porque, habiendo servicios de ASSE puede existir esta contienda de intereses. No sé si fui clara, señor ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Si, señora senadora.

En realidad, cualquier explicación sencilla va a ser equivocada porque en salud todo es muy complejo.

Existen instituciones que, por ejemplo, forman una cámara o funcionan con determinada lógica como es el caso de las veintidós instituciones que conforman Fepremi. En realidad, suele

suceder que no siempre tenemos la suficiente fortaleza como para generar estímulos de complementación en el territorio porque pueden primar otras lógicas institucionales en función de acuerdos que van más allá de nuestras posibilidades de convencimiento, pero no hay lugar a dudas de que si generamos las mejores condiciones, seguimos avanzando en la fijación de precios –porque en definitiva la ecuación es la ecuación– y si finalmente logramos demostrar que va a ser más rentable comprar determinado servicio sin necesidad de trasladar a los usuarios, ellos mismos van a reclamar esa prestación. Tenemos que encontrar la forma de ir sumando argumentos para que el sistema funcione lo más racionalmente posible en los territorios, evitando desplazamientos innecesarios cuando hay equipos subutilizados. Tenemos que tratar de ir eliminando dificultades. Justamente esta es una dificultad que está presente hoy porque, por temor a que mañana sean observadas y se genere todo un debate sobre la eventualidad de irregularidades o conflictos de intereses, muchas instituciones prefieren comprar un equipo o trasladar a los pacientes para evitar un escenario complejo.

Tenemos la obligación de legislar para dar tranquilidad a todos los actores, sabiendo que las reglas de juego son estas y que, en definitiva, hasta ahí llega la posibilidad de excepciones y fuera de eso, en forma firme y restricta el tema de los conflictos de intereses.

SEÑOR CAMY.- Saludamos la presencia del señor ministro y de la delegación del Ministerio de Salud Pública que lo acompaña.

En esta comisión vamos a hacer todo lo posible para procurar solucionar lo que se ha planteado. Soy del interior, vivo allí y me constan los ejemplos que señaló el señor ministro y hasta el día de hoy funcionan de esa manera. No logro entender cuál es la traba que se quiere solucionar que impide lo que señalaba el ministro, porque hoy funciona desde ASSE hacia el sector privado dentro de un departamento, y es la norma. También, con respecto a algunas patologías más graves y, por lo tanto más caras, es más ilógico el traslado interdepartamental a que cada departamento tenga una solución específica.

Entonces, ¿qué requerimiento, que hoy no se puede asumir, tiene esta modificación? Me queda muy claro la incompatibilidad legal en las situaciones que se manejaron, pero también hay que tener en cuenta que si se retiran las personas de este proceso, las personas y los procesos se sustituyen; no se trata de determinadas personas. Quienes vivimos en las comunidades pequeñas, por la dimensión demográfica, tenemos más claro, por ejemplo, el tema de las ambulancias; no es necesario ir al tema de los angiógrafos o ese tipo de cosas con las que estoy absolutamente de acuerdo.

Fueron muy claros los argumentos esgrimidos, pero con franqueza digo que no logro entender –y es un poco la pregunta del senador Michelini– qué sucede si esto no camina. ¿Cuál es la traba específica? ¿Dónde está la inhibición de que ASSE recurra a una contratación de un privado –como, incluso, lo está haciendo– o en qué lo mejora? Sin dar nombres propios, me gustaría saber si hay alguna situación muy clara que demande específicamente esta excepción, porque con franqueza digo que no logro entender el fondo de la cuestión.

SEÑOR MINISTRO.- Hoy dije que es muy importante escuchar a los actores, a los prestadores. Nosotros estamos visualizando el terreno, pero los actores son los que nos manifiestan, justamente, las dificultades y, sobre todo, no quieren asumir determinados riesgos porque, de alguna forma, el Tribunal de Cuentas que ha evaluado y evalúa los distintos convenios –porque es su competencia– ha tenido distintas interpretaciones sobre el tema de los conflictos de intereses. Insisto, en función del momento histórico en que se dieron las consultas al Tribunal de Cuentas, hubo distintas interpretaciones sobre este tema. Entonces, parecería lógico que en el marco de este proceso, que de alguna forma necesitamos profundizar para mejorar la calidad del gasto, no haya ningún escenario que genere dudas de hasta dónde se habilita y hasta dónde hay impedimentos que eventualmente pueden ser interpretados de una manera u otra por determinada composición del Tribunal de Cuentas. Ese es el escenario que se nos ha planteado. Incluso, tenemos distintas interpretaciones escritas por el propio Tribunal de Cuentas a partir de los convenios. Justamente eso es lo que motiva la necesidad de ver si desde el punto de vista legislativo lo podemos dejar más claro y preciso para que no suceda.

SEÑOR CAMY.- Concretamente, cuando habla de interpretaciones distintas, ¿se refiere a que el propio Tribunal de Cuentas en situaciones similares hizo observaciones y en otras, no? La otra pregunta es si esta propuesta de modificación fue considerada por el Tribunal de Cuentas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de continuar, quiero dejar constancia de que la Federación de Prestadores Médicos del Interior no puede concurrir y nos envió una nota que dice: «Desde que los

órganos de control del Estado, en materia de legalidad de los gastos, comenzaran a observar las contrataciones de ASSE, por considerar la existencia de conflictos de intereses, quedaron comprendidas en ellas un importante número de situaciones contractuales entre las instituciones de Fepremi y ASSE que –si bien encuadraban en el precepto legal–, no verifican la existencia del conflicto.

Ello ha motivado la necesidad de actualizar dicha disposición.

Fepremi expresa que comparte todas las medidas tendientes a dar mayor transparencia y garantías a la contratación administrativa, tanto para la Administración como para los administrados»,

Entonces, creo que debe quedar claro que todos estamos buscando dar más transparencia y garantías al sistema de contratación pública.

Me parece que es importante esta nota porque realmente expresa la preocupación por situaciones generadas a partir de una interpretación nueva. El artículo 46, como decía el senador Camy, existe desde la Ley n.º 15903, es decir desde hace muchos años. El tema es que a partir de una interpretación nueva hay complejidades cotidianas que tiene que desarrollar ASSE y, además, existen temores del lado de los prestadores, porque no quieren estar involucrados en una situación que el tribunal considera de ilegalidad.

SEÑORA DOLDÁN.- Lo que expresaba el señor presidente tiene que ver con ciertas soluciones previstas en el marco normativo que aplica específicamente el tema de conflicto de intereses. A modo de ejemplo, si nosotros leemos el artículo 25 del Decreto n.º 30/0003 que mencionamos antes, referido a las normas de conducta de los funcionarios públicos, vemos que cuando se describen situaciones de conflictos de intereses se asocia a que se producen con el funcionario público, que a su vez, por ejemplo, es dependiente de una empresa privada oferente a un servicio de salud que integra a ASSE o a un organismo estatal, y hace referencia a que se encuentre en la dependencia que va a contratar. Es más específico, es decir, encuadra más la situación. En cambio, si analizamos la normativa vigente del artículo 46 del Tocaf, vemos que no hace referencia a un vínculo de ese funcionario público con la dependencia que va a contratar esa empresa privada de la cual es dependiente, sino que es más extenso y dice que no tiene que trabajar en esa dependencia. El artículo 46 habla de que esté en la administración contratante, que ese dependiente de la empresa privada integre la administración contratante. Entonces, vemos una diferencia clara o por lo menos surgen dudas interpretativas entre el vínculo de esa persona que trabaja en la empresa privada con la administración contratante, que es lo que dice el artículo 46, y con lo que establece el artículo 25 del Decreto n.º 30 del 2003 que plantea que tiene que trabajar en la dependencia. En la propia normativa que rige esta temática de conflictos de intereses ya vemos una diferencia con el Tribunal de Cuentas. Porque, por ejemplo, entiende que el artículo 46, por ser una normativa de rango superior y por ser de fecha posterior al artículo 25 que antes mencioné, debe darle prioridad a este artículo. Además, interpretan que la administración contratante se debe entender como sistema orgánico y no como unidad ejecutora vinculada con la contratación. Ahí está la principal problemática.

SEÑOR MICHELINI.- Lo que interpreto es que en la medida en que el Tribunal de Cuentas empiece a hacer las observaciones los proveedores se retirarán. Dirán: «No quiero lío», porque hasta podría tener una faceta penal. Si por ejemplo, soy un prestador de servicio de salud en el interior, médico de cualquier especialidad, que trabajo en el hospital, tengo un tomógrafo y doy el servicio de tomografía, como corro el riesgo de que mañana me digan que hay un conflicto de intereses, me retraigo. Entonces, tenemos que decidir si la política de complementación es la correcta –como legalmente generamos los vínculos sin que haya conflictos de intereses, y es la norma que nos están proponiendo– o hacemos una muralla entre lo público y lo privado y que el país gaste más porque no queremos que haya ninguna situación de dudosa interpretación. Pero ¡claro!, ese segundo camino implica gastar bolsas de dinero, de recursos, porque ¿cómo se logra que a nivel público se tenga todo de todo y en todos lados?

Esa era la constancia que quería plantear.

SEÑOR CAMY.- Quisiera aprovechar la presencia del señor ministro para hacerle una pregunta, aunque no tiene que ver con este tema ni con esta Comisión.

Estamos en el mes de octubre y creo que el 29 se conmemora el Día Mundial del Accidente Cerebrovascular. Al tema del ACV –fundamentalmente, al isquémico pero también al hemorrágico y al propio aneurisma– le hemos dedicado dos participaciones especiales en el Senado, en el 2016 y en el

pasado año. Asimismo, mantuvimos una reunión con el señor ministro –que nos la concedió amablemente–, junto con el neurocirujano vascular, doctor Roberto Crossa, y con el profesor Humberto Prinzo. En esa oportunidad, consultamos sobre el tema porque en Uruguay el ACV isquémico ya es la principal causa de muerte en mujeres y existen evidencias científicas, clase 1 A, de que la intervención endovascular es el instrumento requerido para este flagelo. Sin embargo, no está incorporada en el PIAS, es decir, en la canasta básica de prestaciones. Como oportunamente se nos señaló que, como dice el decreto del ministerio, periódicamente evalúan la incorporación de diferentes procedimientos, quería consultar si en el presente período se está pensando en incorporar el tratamiento endovascular para el ACV.

Nada más, muchas gracias.

SEÑOR MINISTRO.- Señor presidente: simplemente quiero hacer dos consideraciones.

Ahora estamos en el proceso de mejorar la calidad del gasto y por eso es tan importante este tema ya que tenemos que seguir actualizando las prestaciones. Entonces, hay que tratar de ganar en eficiencia respecto a lo que estamos gastando para poder abordar nuevos temas, tanto en materia de procedimientos como de medicamentos de alto precio.

Hemos hecho una ronda con todas las distintas cátedras de la Facultad de Medicina y con todos sus profesores, a quienes hemos preguntado cuáles son las prioridades de cada una de las áreas de la medicina. A su vez, les repartimos algo así como una matriz de priorización que tiene que ver con los criterios con los que una autoridad sanitaria debe definir sus prioridades. Me refiero a cuáles son los criterios que determinan un orden en la demanda que, como se imaginarán los señores senadores, tiene cada especialidad de cosas nuevas e innovaciones, ya que estamos en un mundo de grandes transformaciones. O sea que se trata de cómo manejar una priorización y que esta sea totalmente transparente, a los efectos de que toda la población conozca esos criterios.

Estamos trabajando en el tema y eso, de alguna forma, nos está alentando para alcanzar un horizonte mayor en cuanto a un criterio de incorporación de tecnología al país que tenga que ver, justamente, con la evidencia existente, con la relación costo-efectividad y con las necesidades sentidas por el cuerpo médico.

Paralelamente, hemos promovido un proyecto de ley de centros de referencia

–que los señores senadores acabaron de aprobar– que determina que no se distribuya entre los 43 prestadores la posibilidad de ofrecer muchas de esas prestaciones que debemos incorporar ya que, por sus características –entre otras cosas–, requieren de equipos técnicos con experticia y que, de alguna manera, tengan suficientes condiciones de productividad para asegurar los estándares de calidad en este tema.

Lo que acaba de plantear el señor senador –y fue lo que conversamos en esa oportunidad a que hizo referencia– es un típico ejemplo –me refiero a los procedimientos endovasculares– que vamos a abordar desde los centros de referencia y, obviamente, no va a haber uno solo en Montevideo, eso ya lo aseguro. Precisamente, estamos trabajando con el subsecretario y con todo el equipo en lo que respecta a la reglamentación de este proyecto de ley, de tal forma de jerarquizar el abordaje de esa patología que necesariamente tenemos que incorporar –dada su importancia desde el punto de vista asistencial– pero con la lógica de identificar en qué lugares del territorio se dan las mejores condiciones para que allí se realice la asistencia. En eso estamos trabajando intensamente ya que la idea es poder resolverlo a la brevedad.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchísimas gracias al señor ministro y a quienes lo acompañan por su comparecencia.

SEÑOR MINISTRO.- Gracias a ustedes.

(Se retira de sala la delegación del Ministerio de Salud Pública).

(Ingresan a sala los representantes de ASSE).

SEÑOR PRESIDENTE.- Damos la bienvenida al presidente de la Administración de Servicios de Salud del Estado, doctor Marcos Carámbula; a la vicepresidenta, doctora Marlene Sica; al vocal, escribano Julio Martínez; y al director de comunicación, doctor Marcelo Fernández.

SEÑOR CARÁMBULA.- Buenas tardes a los senadores integrantes de la comisión –todos amigos muy queridos–, a los taquígrafos y demás funcionarios del Senado.

Les agradecemos mucho que nos hayan cursado esta invitación porque para nosotros este tema es fundamental. Con la vicepresidenta Marlene Sica y el escribano Julio Martínez, concurrimos a la comisión en ocasión de que se aprobara la venia para elevar al Senado. En esa oportunidad presentamos los seis principales puntos de nuestra gestión, que vamos cumpliendo de manera progresiva, entre los cuales incluimos la profesionalización, la auditoría, la regionalización, la descentralización y la cercanía. Y un tema fundamental para nosotros es la adecuación normativa en la gestión de ASSE, en particular, lo que tiene que ver con el artículo 46 del Tocaf. Para no robarles mucho tiempo, nosotros vamos a dar un pantallazo general sobre el tema; luego, la doctora Marlene Sica explicará, precisamente, las cuestiones que se plantean en relación con el artículo 46 desde el punto de vista de la gestión y, finalmente, el escribano Julio Martínez habrá de complementar la información.

Lo primero que queremos decir es que esto trasciende nuestro período. Nosotros estamos al frente de ASSE desde hace quince meses y nos preocupa pensar en esto hacia el futuro, pues el organismo crece en prestaciones, en población asistida y en trabajadores. Hoy tiene 33.000 funcionarios; más de 20.000 están presupuestados, un tercio todavía no lo está y presta servicios en comisiones de apoyo; muchos se desempeñan en los múltiples hospitales y en sus casi 900 centros periféricos.

Este es un cuello de botella que no queremos resolver sin antes dilucidar los temas relativos al conflicto de interés. Creo que tenemos que explicitar y precisar estos problemas. Entendemos que la legislación tiene que contemplar los conflictos de interés y, al mismo tiempo, tomar en cuenta una situación que se da en todo el país en la que trabajadores del sector público –no solo médicos, profesionales, sino también funcionarios– en muchos casos trabajan en las mutualistas o en las instituciones que complementan los servicios que brindamos públicamente.

Estamos pensando en este tema más allá de nuestra gestión, para que quienes vengan después de nosotros puedan ejercer la dirección y el servicio de asistencia en ASSE con transparencia, apoyados en una legislación que contemple los conflictos de interés y que al mismo tiempo dé herramientas que les permita actuar adecuadamente.

Queremos subrayar que esto no tiene que ver particularmente con un tema de gestión. Procuramos optimizar la gestión y, por la vía de la *destercerización*, tratamos de ir optimizando los recursos. En ese sentido, hemos hecho acuerdos con los funcionarios y con el sindicato médico. El punto central es optimizar los recursos, pero lo cierto es que hay un marco normativo que nos constriñe, a tal punto que nos genera dificultades en el aspecto asistencial, por ejemplo, en los temas que se plantean en los traslados –algo que es de público conocimiento– y en los hechos que el Parlamento ha estudiado. Creemos correcto que en la legislación se impida, cuando se está de un lado del mostrador y también del otro, ser ordenador y al mismo tiempo receptor de los servicios que se le contratan –eso lo tenemos claro–, pero la extensión de la norma, del artículo 46, hoy nos limita.

Muchas veces, justamente para no ser observados por el Tribunal de Cuentas, generamos mecanismos de contratación que nos resultan más costosos y, frecuentemente, menos oportunos. En ese sentido, queremos respaldar, con la normativa adecuada, al director que está en la primera línea de asistencia en una urgencia, que tiene que resolver un traslado o un estudio complementario, se ve constreñido y tiene que recurrir a soluciones que muchas veces le son bastante más costosas a la salud pública. Por eso es que vamos a enumerar brevemente algunas de las situaciones concretas.

En particular, se vence ahora el convenio que hay para servicios de CTI a nivel público y la complementación con los sectores mutuales. Ahí hay un cuello de botella que de alguna manera nos alerta en cuanto a que tenemos que buscar soluciones.

Finalmente, queremos decir de forma clara que, en esos grandes lineamientos en materia de salud, es imprescindible la optimización de nuestros recursos, la regionalización, la descentralización y la complementación. El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene dos grandes patas prácticamente

iguales: una es ASSE, que atiende el 40 % de la población, 1:300.000 uruguayos, y la otra, el sector mutual. Si no pensamos la complementación con equidad, con aranceles y responsabilidades claros, optimizando en el territorio, sobre todo en aquellos lugares en donde la salud pública no llega complementarse con el sector mutual o al revés, seguramente se nos dificulte el avance del sistema de salud. Entonces, desde esa perspectiva de la complementación es que entendemos fundamental analizar el artículo 46.

SEÑOR MICHELINI.- Pido disculpas por la interrupción, pero dado que los representantes del ministerio que se retiraron hace un momento nos dejaron una redacción nueva –quizás ustedes ya la tienen–, quisiéramos escuchar la opinión de ustedes.

SEÑOR CARÁMBULA.- Cómo no.

Si se me permite, y atendiendo a lo que plantea el señor senador Michelini, cedería el uso de la palabra a la doctora Marlene Sica para que ampliara sobre algunos temas puntuales, y luego al escribano Julio Martínez, pues ha participado en una propuesta concreta que hemos venido trabajando naturalmente con el Ministerio de Salud Pública. El señor ministro nos informó que traerían una propuesta; nosotros naturalmente tenemos una visión al respecto y justamente pensamos que es en este ámbito que se puede llegar a encontrar la mejor redacción.

Por lo tanto, si me autoriza, cedo la palabra a la doctora Sica.

SEÑORA SICA.- Buenas tardes y muchas gracias por recibirnos en esta instancia.

Brevemente y solo complementando lo que mencionaba el doctor Marcos Carámbula, quiero señalar que si bien hay temas que todos los integrantes de esta comisión conocen y saben de primera mano, hay algunas particularidades específicas de ASSE como institución que hacen necesaria la fundamentación de una propuesta de redacción de un artículo, sea este o el que surja en las diferentes propuestas.

Hay dos particularidades específicas que me interesa señalar a los efectos de compartir la información que todos conocemos. Una es que ASSE es el único prestador público integral del Sistema Nacional Integrado de Salud. Esto hace que en el contexto de dicho sistema se maneje en régimen de competencia con los prestadores privados, con una lógica y un marco normativo diferentes que regula de alguna manera una misma prestación de un servicio. Pero además de ese marco normativo jurídico diferente –este es un dato de la realidad–, se suma que desde ASSE, como una institución estatal, tiene otros aspectos vinculados, que no existen a nivel privado, como son, por ejemplo, las normas de conducta en la función pública que regula el Decreto n.º 30 específicamente.

A esta realidad, donde hay un diferente marco normativo, se suma la particularidad de que los recursos humanos no son exclusivos de ASSE; pertenecen al sistema y, a su vez, están regulados por esa lógica –aspecto que celebramos y compartimos–, lo que hace que sean compartidos a nivel local con los prestadores privados. Dado el régimen de competencia, también se verifica una diferencia de remuneración sustancial en algunos casos.

¿Por qué señalo esto? Porque con la misma lógica, pero con diferentes reglas en lo que refiere al marco normativo y a la misma disponibilidad de personal, ASSE tiene la obligación –al igual que los privados, pero en este momento estamos marcando la dificultad para el prestador estatal– de cumplir con una canasta básica de prestaciones que establece el sistema, con eficiencia para brindar los servicios.

¿Por qué hago este breve análisis? Porque cuando nos sometemos a las mismas reglas para cumplir con estas prestaciones estamos obligados –así está establecido– a brindar el mejor servicio al menor costo. Lo aclaro porque –como verán más adelante en mi argumentación– si no adoptamos una modificación que permita una nueva versión mejorada de este artículo –así lo entendemos nosotros–, tal vez estaremos siendo sometidos –en los hechos a veces sucede– a brindar un servicio de menor calidad con un mayor costo. Justamente, esta idea es contraria a los elementos que desde la propia institución estamos promulgando.

Esto aplica, fundamentalmente, a la contratación o a la provisión por parte de nuestra institución de servicios básicos y críticos. Solo a modo de ejemplo me voy a referir a la provisión de servicios de dos tipos: por un lado, de insumos médicos y de contratación de traslados, y, por otro, de

camas de CTI. En nuestro país y en el marco de un principio fundamental del Sistema Nacional Integrado de Salud, la prestación del servicio de cuidados críticos se basa en una complementación de servicios; existe la dotación de camas de ASSE que se suma a la del sistema. Por lo tanto, no hay otra manera de valorarlo que no sea como un elemento fundamental del sistema –tal como lo mencionaba– en acuerdo de complementación público – público y público – privado.

Me voy a detener en este ejemplo que hemos traído para que quede como un documento a analizar. Se trata de un fallo vinculado al Tribunal de Cuentas que es un documento público, pero no tienen por qué conocerlo y por eso lo trajimos. Tal como expresaba el doctor Carámbula, en el contexto que mencionamos previamente y en lo que corresponde a la complementación de servicios, ASSE celebró un convenio de complementación por dotación de camas de CTI –tanto público como privado– de adultos y de niños con las instituciones privadas de Montevideo y del interior del país, aunque en este caso específico aplica al interior. Es el principal convenio, no solo en lo que hace a la remuneración sino también en lo que respecta al objeto que tiene nuestra institución, así como las instituciones privadas del interior, en este caso agremiadas e Fepremi.

Ese convenio se celebró en nuestro país hace ya más de un año y vence el próximo 27 de noviembre de 2018. Como corresponde, fue enviado al Tribunal de Cuentas para su valoración previa. Precisamente, en el fallo del Tribunal de Cuentas se señala –institución por institución– que aplica a las cuatro regiones, es decir, a la totalidad del país sacando a Montevideo, y se detallan pormenorizadamente los vínculos que aparecen relacionados a funcionarios de ASSE y de las instituciones privadas, ya sean cooperativistas, directivos o funcionarios. Y en lo que corresponde a ASSE también aparecen –se señalan– vínculos con funcionarios relacionados a nuestra institución.

¿Por qué señalo esto? Entiendo que el Tribunal de Cuentas actúa de acuerdo con la normativa vigente en lo que respecta a ese artículo, pero eso conlleva a que a la hora de gestionar servicios asistenciales –y específicamente como esto– vengan aparejados varios problemas que se ven agravados en esas localidades o pequeños lugares.

¿Y por qué refiero a esto? Lo hago porque para ASSE es esencial tener una regulación específica asociada a las incompatibilidades para contratar servicios –previstas en el artículo 46– que fundamentalmente se ajuste a las necesidades asistenciales.

Quiero hacer una aclaración sobre algo que ya mencionó el doctor Carámbula. La modificación que se propone o que por lo menos consta en la comparecencia –en lo personal, tengo que pedir disculpas porque no sé si la que dejó el ministro coincide específicamente, por eso voy a referirme a la que se nos planteó en nuestra comparecencia, aunque imagino que también se comparte con esta– no pretende en modo alguno flexibilizar una normativa ni establecer una limitación a las incompatibilidades. No estamos planteando eso y queremos dejarlo bien establecido.

En aquellas situaciones en que realmente existan conflictos de interés, hay que actuar en consecuencia y de ninguna manera estamos planteando modificar eso. Sí es necesario que se permita dar curso a contrataciones cuando las personas no tengan ninguna actividad en el proceso de adquisición del servicio o de la prestación que se contrata. Quiero hacer énfasis en esto porque no se pretende flexibilizar de ninguna manera sino limitar esas incompatibilidades a aquellas personas que formen parte de los equipos de gestión, que tengan poder a la hora de tomar decisiones, esto es, director, subdirector, ordenadores de gastos correspondientes y también jefaturas de servicio que determinen o pudieran determinar de alguna manera una demanda que podría interpretarse como inducida. Por nuestra parte, claramente queremos delimitar que esas incompatibilidades existen, seguirán existiendo y queremos que así sea, lo que está basado en las previsiones que la propia norma de conducta de la función pública nos regula.

Quiero hacer énfasis en que cuando exista relación de dependencia respecto a la dirección se pueda proseguir cuando la persona que está vinculada no tenga ninguna decisión ni participe en el proceso de contratación y que, por supuesto, se deje constancia de esa circunstancia.

Para finalizar, voy a remitirme a lo que señalé al comienzo. En este momento vemos –y está documentado– que, de no promoverse una modificación en esta línea, podría darse la situación de que la propia Administración tuviera que dejar de lado una oferta de mejor calidad e inclusive de menor precio aun cuando no existiera ningún tipo de incidencia en la decisión a tomar.

Por eso, para nosotros este es el requisito diferencial que tiene esta institución de salud respecto al resto de las instituciones públicas.

Básicamente, esto era lo que quería mencionar utilizando un ejemplo claro y documentado de las dificultades que esto conlleva en la gestión en el momento actual.

SEÑOR MARTÍNEZ.- No pretendo repetir algunos conceptos que ya han expresado tanto el doctor Carámbula como la doctora Sica, pero sí quiero subrayar nuevamente la importancia de proceder a la modificación del artículo, ya que es imprescindible blindar de institucionalidad a ASSE en este sentido. ¿Por qué digo esto? Porque este no es un problema de gestión; no se trata de que alguien podría gestionar esto de manera diferente. Estamos ante un problema estructural que se está dando en ASSE por las particularidades existentes, por la realidad y por la interacción que tienen los trabajadores de la Administración de los Servicios de Salud del Estado con las normas vigentes en el régimen de contratación.

Pensemos en una organización que se extiende por todo el país; si bien hay otros organismos públicos que tienen esta característica, no encontraremos ninguno con este nivel de adquisiciones y de compras –dado por las propias necesidades asistenciales que permanentemente tenemos– y que actúe en forma descentralizada, en todo el territorio y con trabajadores que generalmente se desempeñan tanto en la órbita privada como en la pública, en ASSE. Esto hace trascendente que se busque una solución normativa al tema.

Ingresando al texto que está a estudio de la comisión, quisiera reiterar lo que se dijo en cuanto a que de ninguna forma vulnera los principios del texto ordenado sino que sigue la misma línea; únicamente busca algunos distintivos, por las características propias de ASSE, para que realmente se pueda gestionar bien y blindar la institucionalidad, tal como decía.

Asimismo me sumo a lo que expresó la doctora Sica. Por supuesto que estamos abiertos a que existan otras lecturas o propuestas y, si van por el camino de la solución, estamos dispuestos a analizarlas. Sí entendemos que esta norma propuesta tiene un gran valor porque está basada en hechos claramente objetivables y no da lugar a interpretaciones; no hay conceptos vagos o ideas que nos hagan buscar otras normas análogas, otros fundamentos de derecho o las doctrinas para interpretar el sentido. Acá están claramente establecidos los vínculos y cuándo se puede dar curso a las ofertas, y ello no genera ninguna incompatibilidad, a diferencia de alguna otra propuesta que de pronto sí tiene algunos elementos acumulativos –de alguna forma le respondo al señor senador Michelini– que si bien entiendo no están mal, dan lugar a interpretaciones. Nos gustaría dejar el camino de las interpretaciones lo más cerrado posible para que no tengamos algunos de los problemas que hoy existen. Por eso me parece que el proyecto que hoy en día está a estudio de la comisión es claramente objetivable, acompasa las necesidades de la organización y no vulnera el espíritu del texto ordenado en ninguna de sus formas.

SEÑOR MICHELINI.- Quisiera formular dos preguntas.

A mi entender, el tema está claro: se cambia la normativa o seguiremos como hasta ahora, gastando más y con servicios de menor calidad; y si el Tribunal de Cuentas, haciendo uso de sus competencias, sigue haciendo observaciones, seguramente los proveedores u oferentes se retirarán, porque esto luego puede tener una connotación penal y nadie querrá arriesgarse a ello. Incluso, los propios directores de ASSE podrían decir: «hasta aquí llegamos y después veremos cómo se optimiza». Si se optó por la complementación, el camino es adecuar la normativa. Si se planteara que debiera existir una especie de muralla entre los prestadores privados y los públicos, habría que poner mucho dinero sobre la mesa para proveer a todo el sistema, y lo tendrían que pagar los uruguayos, de diferente manera. Eso, en la actualidad, es imposible.

Más allá de eso, quisiera hacer dos consultas.

En primer lugar, si no entendí mal, el escribano Julio Martínez dijo que lo que estaba a estudio de la comisión, dada su objetividad, era mejor que lo enviado por el ministerio. Lo que está en comisión es medible y probable mientras que la otra propuesta puede contar con algunos ítems subjetivos. Pido que se me aclare un poco más este aspecto.

En segundo término, supongamos que llegamos al mejor texto y se vota la norma, ¿cómo evaluamos? ¿Cómo evalúa ASSE que mejoramos la calidad del servicio y sustancialmente el precio

hacia abajo en la contratación? ¿Hay alguna forma de valorar o no va a haber en el futuro ninguna evaluación empírica?

SEÑORA EGUILUZ.- En el mismo sentido de las consultas que se han realizado, quiero hacer algunas puntualizaciones relacionadas con los dos textos que vamos a tratar en comisión.

Entiendo que si bien no se trata de un tema de flexibilización, sí es un asunto excepcional y, por lo tanto, requiere un análisis con las mismas características. Hay dos elementos que considero importante saber en qué momento se van a evaluar. Por un lado, estamos hablando de la presentación de las ofertas para ser evaluadas y, por otro, de la connotación del conflicto de intereses y la participación en el proceso de adquisición. Todos sabíamos que en el sistema de ASSE se iban a aplicar normas diferentes que en los privados porque cuenta con un control del Estado con reglas distintas. Entonces, en este proceso, ¿en qué forma vamos a estar hablando de la excepción? Esto es, ¿van a poder contratar igual siendo funcionarios o directores, pero se va a llevar adelante un proceso en el cual se recibirán las ofertas y en determinado momento se analizará si hay conflicto de intereses o intervención en la adquisición?

Era cuanto quería decir, ya que los criterios de lo que estábamos analizando en comisión y de lo que plantea el Ministerio de Salud Pública son bastante distintos.

SEÑORA PAYSEÉ.- Después de la visita de los representantes del Ministerio de Salud Pública y luego de la exposición de los integrantes del Directorio de ASSE, nos queda clara la intención por la cual estamos analizando la modificación de esta norma que es buscar la transparencia y evitar los conflictos de intereses que señala el Tribunal de Cuentas, que son conocidos por nosotros.

Ahora bien; durante la comparecencia de los representantes del Ministerio de Salud Pública, el señor senador Camy –quien lamentablemente en este momento no se encuentra en sala– dijo que como persona del interior tenía muy claro que estas prácticas son históricas. Incluso en algún momento se habló de que se trata de un tema estructural de difícil reversión.

Creo que, en teoría, esta norma ayudaría, pero consulto si en la práctica esas costumbres históricas –que podrían trabajarse como cierto corporativismo– podrían ser revertidas solamente con esta norma. Me refiero a esa gran dificultad que percibo que tenemos en cuanto a la eficiencia y al buen uso de la infraestructura, recursos humanos y todo lo demás. ¿Únicamente con esta modificación normativa revertimos esa práctica histórica que es la que de alguna manera está generando estos conflictos? ¿Se entiende?

SEÑOR MARTÍNEZ.- Nosotros entendemos que el artículo que está a estudio de la comisión justamente se basa en algunas cosas en las que todos estamos de acuerdo, como la transparencia y la competitividad entre los oferentes.

Reitero que uno de los aspectos más positivos que encontramos en esta redacción es el hecho de que tiene elementos claramente objetivos y no deja cosas abiertas a la interpretación porque, como sabemos, según sea la persona que interprete es el sentido que se les da. Nosotros entendemos que con esta norma queda claramente determinado en qué casos se puede aceptar la contratación; la contratación no sería observable. Debemos entender que hay algunos conceptos jurídicos que son más bien de la doctrina porque no están claramente definidos en las normas; por eso lo mejor es no incluir más cosas y elementos. Obviamente, esta es una dificultad con que nos encontramos porque el que interpreta tiene el derecho a hacerlo de distinta forma, y ahí es cuando damos lugar a las discusiones. Acá estamos hablando en materia de salud y todos debemos comprender que cuando el director de una unidad ejecutora se enfrenta a un problema de esta naturaleza seguramente pensará que inevitablemente tiene que realizar determinada actividad porque está peligrando la vida de un usuario, pero tiene que ver cómo puede compatibilizar el artículo 46 en esa situación. La mayoría de las veces debe resolver inmediatamente y por eso nos parece que debe ser lo más cristalino posible para evitar que después quede librado a la interpretación. Por eso nos parece que esta es una buena propuesta, sin perjuicio, reitero, de que estamos abiertos a cualquier solución.

En lo que respecta a la pregunta de cómo se evalúa esto, debo decir que es una interesante pregunta y, sin perjuicio de lo que después digan la doctora Sica y el doctor Carámbula, creo que hay algunos elementos que claramente lo van a demostrar, como la cantidad de ofertas que se presentan. Acá mismo se dijo –y asiste totalmente la razón– que hoy, en algunos lugares, ante determinados llamados, no se presentan. Esto lo tenemos que pensar sobre todo con la lógica del interior del país,

donde se da la mayor cantidad de situaciones. Tomemos el caso de un médico, con determinado prestigio, que es cooperativista y que trabaja en ASSE; quizás del otro lado, del lado de la cooperativa, no quiera presentar la oferta porque no quiere verse envuelto en aquello de que está de los dos lados y en un posible conflicto de intereses. Esto es lo que muchas veces va contra la calidad asistencial porque tenemos menos ofertas y, por lo tanto, menos capacidad de evaluación de esas ofertas. Ahí es donde lo formal pasa a tener un peso de tal naturaleza que terminamos eligiendo a alguien que no tiene ningún problema con el artículo 46, pero no necesariamente sería la mejor oferta en otras circunstancias. Entonces, creo que la cantidad de ofertas es un elemento diferencial.

Después está el tema de los precios de referencia respecto a otras regiones porque, en general, respecto a los mismos productos –por decirlo de alguna manera– hay licitaciones en varias partes del país, si no en todos los departamentos. Esa comparación de servicios, o esa cantidad de servicios que se licitan, es lo que también nos da determinados precios de referencia, y cuánto más oferta y competitividad exista, mayor son el control y las posibilidades de análisis por parte de ASSE.

SEÑORA SICA.- Tratando de responder las preguntas, voy a comenzar por el final. Desde lo personal, lo profesional y lo institucional, no creo que ninguna norma revierta una actividad de índole histórica. Sin duda no alcanza para revertirla, pero sí ayuda para trabajar en esa línea. Sin perjuicio de ello, nosotros seguimos viendo esto con una cabeza muy montevideana, muy centralista. Este es uno de los aspectos vinculados a las necesidades que tienen las instituciones de *aggiornarse* con el paso del tiempo, con las salvedades que mencioné anteriormente, pero acompañando ese proceso con otras herramientas. Hay que establecer un paquete de medidas cuyo denominador común sea un mayor control, y paso a decir vinculado a qué. Perdonen que vuelva al ejemplo de las camas de CTI. No solo se trata de la evaluación y la evolución de los precios de referencia; si bien no existe un arancel único en nuestro país, sí existen precios de referencia categorizados por pacientes con patologías que eventualmente puedan requerir estos servicios. Una de las herramientas es la evaluación y evolución de los precios de referencia de carácter histórico. Otro elemento tiene que ver con las licitaciones centralizadas, lo que permite tener mayor contralor, mayor transparencia y mayores ofertas, tal como dijo el escribano Martínez, y actuar sobre el proceso específicamente de las adquisiciones.

En lo que refiere específicamente al CTI, existe una mesa coordinadora desde hace mucho tiempo en ASSE –en estos momentos la estamos reperfilando– donde se evalúa la decisión de la ocupación de una cama haciendo uso del convenio de complementación –todo ello se centraliza en esa mesa–, obviamente con posterioridad a la indicación médica de que el paciente requiere una intervención de ese tipo y un cierto nivel de complejidad. Eso determina que por fuera del lugar donde se toma la decisión que se necesita, se le asigna la cama centralizada valorando a nivel general.

Estamos en pleno reperfilamiento de esta mesa coordinadora, con dos aspectos que la propia señora senadora planteó. Uno está vinculado a la dotación real: dónde existe la disponibilidad de cama en el momento más cercano; el segundo refiere a la menor necesidad de traslado del paciente, en este caso, de uno crítico porque, perfectamente –y permítanme este paréntesis–, alguno de ustedes puede, con absoluta legitimidad, plantear por qué ASSE no aumenta su número de camas y traslada los pacientes a lo largo y ancho del país. Con camas propias este problema se solucionaría. Eso, desde el punto de vista técnico y asistencial, es inadmisible porque, en este caso, cuanto menos sometamos a los pacientes a traslados, es mejor, con todos los costos sociales que eso implica para los familiares. Esto también hace que mejoremos el resultado vinculado a la calidad asistencial.

Continuando con lo anterior, en este reperfilamiento de la mesa coordinadora no solo buscamos la coordinación a nivel central, sino que también se tiene un panorama día a día, turno por turno, de la evolución puntual de cada uno de los pacientes, con un médico coordinador responsable que en forma diaria que evalúa la indicación y la cantidad de días/cama que el paciente debería estar de acuerdo a lo que efectivamente se establezca. O sea, hay un control específico del procedimiento y del proceso basado en estos elementos.

No quiero extenderme más, pero hay varias herramientas y, aplicando el mismo ejemplo que puse, sucede lo mismo con los traslados. Con absoluta disponibilidad puedo compartir otros ejemplos que entiendan pertinentes, pero en el día de hoy, para no prolongar la exposición, quise mencionar solo algunas de las herramientas de que disponemos para hacer lugar al denominador común, que es el mayor control.

SEÑOR CARÁMBULA.- En la presentación inicial nos faltó decir que venimos haciendo un gran esfuerzo para reducir las observaciones del Tribunal de Cuentas; nos hemos planteado una serie de aspectos y progresivamente queremos lograrlo. Naturalmente, este tema es un cuello de botella y en

ese sentido, además de agradecer la invitación a esta comisión del Senado, queremos informar que la semana que viene vamos a tener una reunión con el cuerpo entero del Tribunal de Cuentas para generar un espacio de intercambio que será útil a ambas instituciones.

Quiero hacer algunos comentarios. El primero tiene que ver con la calidad de los resultados que mencionaba el señor senador Michelini. Nosotros estamos obsesionados y nos hemos planteado que sea la salud pública la que ponga el listón de calidad de asistencia en salud. Sabemos que se ha hecho mucho y que todavía falta bastante más, pero ese es nuestro objetivo y, en ese sentido, voy a dar cuatro titulares.

Tal como decía el escribano Martínez, en la medida en que pongamos reglas claras y enfrentemos los temas de conflicto de interés con la mayor transparencia posible, sin duda podremos multiplicar la oferta, lo que va a favorecer la calidad.

En segundo término, hemos hecho un acuerdo con el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación de Salud Pública y la FEMI con respecto a uno de los grandes temas, como es la optimización de los recursos en procura de mejorar los gastos en materia de salud y la calidad en la prestación. Por este acuerdo, lo que se optimice de recursos, no solo por la *destercerización* en sí misma, sino por la mejor calidad, será volcado a uno de los cuellos de botella que tenemos, que son los recursos humanos.

Un tercer aspecto tiene que ver con que desde un principio hemos instalado un consejo académico, con la Universidad de la República y con todas las escuelas vinculadas a la salud, y uno de los parámetros fundamentales es la investigación, la innovación y la evaluación de la calidad. No podemos olvidar que por nuestros hospitales pasan, en un año, 7000 estudiantes universitarios.

El cuarto aspecto, que señalo solo a modo de titular, tiene que ver con las buenas prácticas en las actividades de salud pública. Un ejemplo muy concreto y que presentamos hace algunos días es el que tiene que ver con las buenas prácticas en maternidad: el buen nacer. El 80 % de nuestras maternidades tienen guías de buenas prácticas para objetivar la calidad de la asistencia. Dado que el camino a la maternidad es único en cuanto a la optimización de los recursos, voy a mencionar el ejemplo del Hospital de Young, en el que se encuentra la única maternidad y donde el índice de cesáreas del país es menor al 18%, el más bajo del país. Por ende, estamos obsesionados con la pregunta del señor senador Michelini en cuanto a la evaluación de la calidad y para eso estamos planteando estas cuatro herramientas que acabo de enumerar brevemente.

Por último, muy resumidamente, creo que el planteo de la señora senadora Payssé da en la médula del desafío que tenemos porque, más allá de la norma y de lo que vayamos avanzando en este tema en particular, su planteo es central. El Uruguay hoy tiene un sistema integrado de salud por el que progresivamente en los últimos diez años, lo que se vuelca al sector público –lo mostramos hace pocos días– es un incremento muy significativo: un 173 % de crecimiento. Son USD 1.100:000.000 anuales; eso significa que por un usuario de salud pública se paga el 80 % de lo que se paga por un usuario privado.

ASSE, la salud pública, no puede seguir contratando al sector privado, con escalas de precios y tarifas que encarecen al sistema. Entendemos que la complementación debe ser con equidad, de tal manera que el sector mutual sea sustentable pero, al mismo tiempo, esa sustentabilidad se dé sobre la base de una complementación equitativa, digna y con precios de referencia. Por eso el planteo de la señora senadora Payssé va al fondo, es decir, esto es complementación con equidad y no visiones desde corporaciones. Ese es un camino arduo que queremos recorrer desde la salud pública con normas claras y dialogando con el sector privado –como lo venimos haciendo–, con sustentabilidad, pero pensando siempre en las dos patas del sistema, y exactamente desde el ángulo que planteó la señora senadora.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la información brindada.

La comisión asumió un compromiso con respecto a este tema. Además estuvimos conversando al respecto con los señores senadores Heber y Camy. Nuestra intención es trabajar sobre los textos. Los mantendremos informados y, como dije, hay un compromiso de dar celeridad a esta iniciativa; prueba de ello es que fue desglosado la semana pasada y en la sesión de hoy ya comenzamos a considerarlo.

SEÑOR CARÁMBULA.- Queremos agradecer expresamente el tratamiento que se le ha dado al tema porque se analizó en la rendición de cuentas, el Cuerpo se comprometió a estudiarlo en comisión y ya se está considerando. El directorio de ASSE está a plena disposición de lo que entiendan conveniente para enriquecer el aporte hacia la redacción definitiva.

SEÑOR PRESIDENTE.- Muchas gracias.

No habiendo más asuntos, se levanta la sesión.

(Son las 16:47).